

Hidatidosis biliar

J. Molina Infante, M. Fernández Bermejo, E. Martín Noguerol y B. Pérez Gallardo

Unidad de Aparato Digestivo. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

INTRODUCCIÓN

La rotura de un quiste hidatídico a la vía biliar ocurre en un 5-25% de los casos y es la complicación más frecuente de la hidatidosis hepática. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) desempeña un papel clave en el algoritmo terapéutico, en algunas ocasiones incluso con carácter definitivo.

CASO CLÍNICO

Varón de 17 años sin antecedentes médicos ni epidemiológicos de interés que ingresa por dolor en hipocondrio derecho, fiebre de 38,5 °C e ictericia brusca. En los análisis destaca leucocitosis (17.000/mm³) con 48,3% de eosinófi-

los, así como alteración del perfil hepático (bilirrubina total 6 mg/dl, GOT 113 UI/l, GPT 398 UI/l, GGT 452 UI/l). La ecografía abdominal (Fig. 1) muestra dos lesiones ocupantes de espacio: una de 7 x 5,5 cm en los segmentos VI-VII, redondeada, hiperecogénica con áreas hipoeecogénicas centrales y calcificación periférica, y otra, de 2,5 x 3 cm, quística, de morfología ovoidea parcialmente colapsada, de pared engrosada, con contenido hiperecogénico en su interior que deja nivel y que se comunica (Fig. 1, flecha blanca) con la vía biliar a nivel de la bifurcación de los hepáticos. Asimismo, existe dilatación marcada de la vía biliar intra- y extrahepática, con ocupación distal del colédoco por material hiperecogénico lineal sin sombra, compatible todo en conjunto con vaciamiento del quiste hidatídico de menor tamaño al hepatocolédoco. La serología de hidatidosis fue positiva a títulos muy altos ($> 1/1024$), por lo que se añadió albendazol, a dosis de 400 mg/12 horas, a la cobertura antibiótica de amplio espectro, con buena evolución clínica. Una semana después se realiza CPRE donde se objetiva dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y múltiples imágenes fusiformes alargadas en el hepatocolédoco (Fig. 2, izquierda). Se realiza esfinterotomía y pase de balón con extracción de membranas germinativas blanquecinas (Fig. 2, centro) y se lleva a cabo colangiografía con oclusión de la vía biliar distal sin conseguir demostrar fistulización entre el quiste y el árbol biliar (Fig. 2, derecha). Posteriormente, el paciente fue intervenido quirúrgicamente sin complicaciones postoperatorias.

DISCUSIÓN

El tratamiento de elección de la hidatidosis hepática es quirúrgico y farmacológico. Sin embargo, cuando existe liberación de material hidatídico (vesículas hijas, membranas germinativas) al árbol biliar a través de un trayecto fistuloso, la CPRE es obligatoria (1) antes del procedimiento quirúrgico por varios motivos: a) asegurar la extracción del material hidatídico para tratar o prevenir la obstrucción biliar y sus complicaciones, fundamentalmente la colangitis aguda; b) identificar el trayecto fistuloso (en ocasiones, como en el caso presentado, puede no ser posible por vaciamiento previo del quiste, sellado de la fístula por material hidatídico, comunicación con ramas intrahepáticas menores, alta presión intraquística, etc.) y facilitar su cierre mediante la colocación de una prótesis plástica ocluyente o de un drenaje nasobiliar proximal a la fístula; y c) realizar esfinterotomía endoscópica, que minimiza la aparición de fístulas biliares postquirúrgicas al favorecer el drenaje biliar hacia el duodeno (2).

En pacientes con quistes únicos, fístulas de alto débito y alto riesgo quirúrgico, se ha demostrado que una papilotomía amplia puede ser suficiente para el vaciamiento progresivo del quiste sin necesidad de cirugía (3,4). En cualquier caso, el tratamiento médico debe ser iniciado siempre antes de cualquier manipulación endoscópica o quirúrgica del quiste para inactivar el material intraquístico y tratar de minimizar complicaciones alérgicas o la recurrencia postquirúrgica.